

UN RETO DE IBEROAMÉRICA EN EL SIGLO XXI: LA EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

*A challenge for Latin America in the 21st century:
the extension of Social Security coverage*

Carmelo MESA-LAGO
Universidad de Pittsburgh
✉ cmesa@pitt.edu

BIBLID [1130-2887 (2008) 48, 67-81]

Fecha de recepción: octubre del 2007

Fecha de aceptación y versión final: enero del 2008

RESUMEN: Analiza la disminución en la cobertura de los programas de pensiones y salud de la Seguridad Social iberoamericana, por dos causas: la transformación del mercado laboral (caída del sector formal cubierto y aumento de sector informal no cubierto), «unida a la flexibilización» en la contratación laboral, y el propio sistema de Seguridad Social que no se ha adaptado a dicha transformación. Estima tres tipos de cobertura: de la fuerza laboral por los sistemas de pensiones privados (antes y después de las reformas estructurales) y públicos; de la población total antes de las reformas de salud y a comienzos del actual decenio, y de las personas de la tercera edad por las pensiones; la cobertura menor de las mujeres y baja prioridad a los pobres son también examinadas. Las recomendaciones para extender la cobertura incluyen las prioridades de los organismos internacionales y sugerencias del autor.

Palabras clave: Seguridad Social, cobertura, pensiones, salud, políticas.

ABSTRACT: The article analyzes the problem of decline of the labor force and the total population by Social Security pensions and health care systems in Latin America, as a result of two causes: the labor market transformation (decline of the formal sector, covered, and expansion of the informal sector, uncovered), as well as the liberalization of labor hiring, and the social security system failure to adapt to such transformation. Three types of coverage are estimated: of the labor force by private pension systems (before and after structural reforms) and by public systems; of the total population before the health reforms and early in the current decade, and of the old-age population on pensions; the lower coverage of women and low priority to protect the poor

are also studied. Recommendations to extend coverage include the priorities of international organizations and the author's own suggestions.

Key words: Social Security, pensions, health care, coverage, policies.

I. INTRODUCCIÓN¹

Varios países iberoamericanos fueron «pioneros» en la introducción del seguro social en el hemisferio occidental (entre 1919 y el decenio de 1930): Argentina, Brasil, Cuba, Chile, Uruguay; Costa Rica lo instituyó a comienzos de la década de 1940 pero lo extendió con rapidez y por ello la colocamos entre los pioneros, que son los que han logrado el mayor desarrollo de la Seguridad Social y la cobertura superior. Los países «intermedios» implementaron sus programas entre los decenios de 1940 y 1950 y son variados en cuanto al desarrollo de la Seguridad Social y su cobertura: los más avanzados son Panamá, México, Colombia y Venezuela (por ese orden) y los más rezagados, Bolivia, Ecuador y Perú; estos últimos también están entre los menos desarrollados. Los últimos países en establecer sus programas («tardíos»: entre fines de las décadas de 1950 y 1960) fueron los menos desarrollados y tienen la cobertura inferior: El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana (Mesa-Lago, 1978). Actualmente los 20 países tienen programas de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes, así como de atención a la salud (enfermedad común y maternidad) pero con grados diversos de cobertura en la fuerza de trabajo y la población total. La Seguridad Social ha mantenido el ingreso y proveído servicios de salud a millones de personas en la región. Sin embargo, en los últimos 25 años la cobertura de ambos programas ha caído en la mayoría de los países y revertir esta tendencia constituye uno de los retos sociales más cruciales y difíciles de este siglo.

II. LAS CAUSAS DE LA CAÍDA EN LA COBERTURA

La caída en la cobertura de la Seguridad Social ha sido determinada por tres factores principales: la transformación de la fuerza laboral, la falla del sistema para adaptarse a dicha transformación, y las reformas estructurales de pensiones.

II.1. *La transformación de la fuerza laboral*

Esta transformación ha sido provocada por dos causas. Una es la contracción del sector formal urbano de la economía (trabajadores asalariados con empleo estable y

1. Este artículo está basado en el discurso pronunciado por el autor en inglés al recibir el Premio Internacional de la OIT a la Investigación sobre Trabajo Decente. Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, 15 de junio de 2007. Ha sido traducido al castellano y ampliado considerablemente, agregando cuadros, análisis y conclusiones, así como extendiendo las recomendaciones de políticas.

salarios adecuados que generalmente están cubiertos por la Seguridad Social) y la expansión del sector informal (trabajadores por cuenta propia, familiares no remunerados, servidores domésticos, empleados de microempresas, que tienen empleos inestables y salarios erráticos y bajos), además de la continuación de un sector rural importante (campesinos, aparceros, precaristas, trabajadores de estación, etc.) en los países menos desarrollados, ninguno de los cuales está usualmente cubierto. La otra causa es la «flexibilización» del mercado laboral auspiciada por las políticas neoliberales: trabajadores subcontratados, a tiempo parcial o sin contrato, los cuales también normalmente están excluidos.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2003) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2005), el sector informal aumentó de 43 % de la fuerza laboral urbana en 1990 a 47 % en 2002. Era proporcionalmente menor en los países más desarrollados (29-43 % en los pioneros y Panamá) y mayor en los países menos desarrollados (intermedios y tardíos): 50-63 % en Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú. Del sector informal 30 % era trabajador por cuenta propia, aproximadamente otro 10 % empleado en microempresas y 5 % trabajadores domésticos. Aunque la mayoría de la población de los países es predominantemente urbana, un promedio de 56 % de la fuerza laboral rural no era asalariada o trabajaba por su cuenta en 2002; en los menos desarrollados la proporción aumentaba hasta 60-86 % mientras que en algunos pioneros (Costa Rica y Chile) bajaba a 26-32 %.

La incidencia de la pobreza continúa siendo muy alta: promedió 42 % de la población regional en 2004, pero ascendía a 49-69 % en los países menos desarrollados (los mismos ocho que tienen el sector informal mayor), mientras que su rango era 15-29 % en los pioneros, excepto 39 % en Brasil (CEPAL, 2005). Las zonas rurales tienen una incidencia de pobreza mayor que las urbanas y en las primeras radica la mayoría de la población indígena; también hay concentración de pobreza en zonas marginales urbanas, probablemente afectando a buena parte del sector informal.

II.2. *El sistema mismo*

Con algunas excepciones loables, las instituciones de seguridad social en la región no se han adaptado a la transformación del mercado laboral. En 16 países los trabajadores por cuenta propia están legalmente excluidos de la cobertura de pensiones o sólo tienen afiliación voluntaria, la cual es muy poco efectiva, en gran medida porque tienen que pagar una contribución equivalente a la suma de los porcentajes sobre el salario que aportan los trabajadores asalariados formales y sus patronos (del que carecen los cuentapropistas), lo cual constituye una barrera formidable a su afiliación². Sólo en tres países la afiliación es obligatoria y hay una cobertura mayor (23 % a 30 % en

2. Otras barreras para la cobertura de estos trabajadores, así como otros informales, son las dificultades para detectarlos, registrarlos y cobrar sus contribuciones, a más de ingresos bajos y oscilantes.

Argentina, Brasil y Uruguay). Por otra parte la cobertura era voluntaria hasta 2006 en Costa Rica pero el Estado aporta la contribución del patrono a los cuentapropistas de bajo ingreso y la cobertura (24%) era comparable a la de los tres países con afiliación obligatoria. En cuanto a salud, sólo Colombia y Costa Rica otorgan cobertura legal obligatoria a los trabajadores por cuenta propia; Brasil y Cuba tienen sistemas públicos de salud (no hay seguro social) a los que los cuentapropistas tienen acceso, y en los restantes países o bien están excluidos o sólo tienen afiliación voluntaria, poco efectiva por la razón explicada. La cobertura en Chile es voluntaria y sólo 1,7% del total de los cuentapropistas asegurados está en el sistema privado, pero todos aquellos que son pobres son elegibles para atención gratuita en el seguro social (75% de ellos). La cobertura voluntaria de estos trabajadores en otros países era mínima en 2000-2002: 0,2% en Paraguay, 1% en Honduras y 5% en Ecuador. Por el contrario, a pesar de la cobertura voluntaria en Costa Rica hasta 2006, 45% de los trabajadores por cuenta propia estaban afiliados al seguro social de salud debido al subsidio estatal otorgado a aquellos con bajo ingreso (Mesa-Lago, 2008a).

Los empleados de microempresas también están exceptuados de cobertura, tanto en pensiones como en salud, porque generalmente la ley determina que únicamente están obligadas las empresas que tienen más de 5 a 10 trabajadores. La cobertura en pensiones es del 51% en Argentina pero sólo 4% en México; la de salud en Honduras, basada en el tamaño de las empresas en 2000, declinaba de 46% en aquellas con más de diez empleados a 4% en aquellas con tres empleados. Por el contrario, los servidores domésticos tienen cobertura legal obligatoria en ambos programas en la mayoría de los países, pero es difícil de ejecutar por la naturaleza especial de esa relación y muchos no tienen contrato; en los restantes países, dichos trabajadores están excluidos o tienen afiliación voluntaria aún menos efectiva que la obligatoria. En Brasil y Costa Rica, que otorgan afiliación obligatoria a los domésticos, respectivamente 27% y 39% de ellos están cubiertos. La cobertura de salud varía de manera notable en el resto: 3% en Paraguay, 11% en Panamá, 27% en Colombia y 31% en Uruguay.

Los trabajadores rurales tienen cobertura legal obligatoria en pensiones en seis países sólo cuando son asalariados o hay más de 10 empleados o trabajan en grandes plantaciones; por ejemplo, en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Honduras. La fuerza laboral agrícola asegurada en pensiones oscila entre 4% y 12% en cinco países; la cobertura de la población rural es usualmente entre un sexto y un tercio de la cobertura de la población urbana (2% versus 19% en Honduras). Tres países tienen programas especiales de pensiones para este sector con una cobertura de la fuerza laboral rural relativamente superior que en la mayoría de los otros países, pero con diferencias importantes entre ellos: 50% en Brasil (todos los trabajadores rurales), 29% en México y 18% en Ecuador (estos dos últimos para los campesinos); en el primero la cobertura ha aumentado en años recientes mientras que en los dos últimos ha disminuido. En materia de salud los trabajadores agrícolas están excluidos en la mitad de los países, y en la otra mitad hay las mismas limitaciones que en pensiones. Los sistemas públicos de salud de Brasil y Cuba cubren a todos estos trabajadores, mientras que en Ecuador y México

tienen programas especiales. Los pueblos indígenas también están largamente excluidos porque o bien trabajan en el sector informal o bien viven en zonas rurales.

El mercado laboral y el sistema de seguridad social discriminan a las mujeres respecto a su cobertura en comparación con los hombres. El mercado laboral, porque más de la mitad de las mujeres no participan en la fuerza laboral asalariada y están sobre-representadas en ocupaciones informales no cubiertas, sufren una tasa de desempleo mayor y tienen una incidencia de pobreza superior cuando son jefas de hogar. El sistema de seguridad social puede restringir la cobertura de las mujeres: la esposa dependiente de un asegurado está cubierta en maternidad pero no en enfermedad (en El Salvador, Guatemala, Honduras y República Dominicana; lo opuesto en Ecuador); la cobertura directa femenina se pierde por abandono temporal o permanente para criar a los hijos; la cobertura es usualmente indirecta como cónyuge dependiente de un asegurado masculino y usualmente se pierde por abandono, divorcio o muerte del asegurado; los proveedores de salud privados con frecuencia excluyen a la mujer en edad fértil debido al costo mayor que provoca el embarazo o cargan primas más altas para compensar dichos costos; y las cuotas de uso en el sector público particularmente afectan a las mujeres porque ellas usan esos servicios para sí mismas y para sus hijos más que los hombres (Mesa-Lago, 2008a, 2008b).

Sólo siete países otorgan pensiones de asistencia social a los no asegurados que son ancianos y pobres: los seis pioneros y Bolivia (en ésta no se basa en la pobreza y una prueba de ingreso sino que se otorga a cierto grupo de asegurados en base a su edad). Estos programas han tenido un impacto considerable en reducir la pobreza con un costo relativamente bajo. Los países más desarrollados, con mayor cobertura y menor pobreza tienen pensiones asistenciales, mientras que los menos desarrollados, con inferior cobertura y mayor pobreza no tienen dichas pensiones. Debido a la baja y declinante cobertura de la fuerza de trabajo, combinada con la falta de pensiones no contributivas, se proyecta que la cobertura de los ancianos se reducirá.

Contrapuesto a los severos vacíos de cobertura analizados, en virtualmente todos los países de la región existen programas de pensiones y salud separados, con mejores prestaciones y gozando de costosos subsidios fiscales regresivos, en favor de grupos poderosos que tienen ingresos muy superiores a los de la mayoría excluida de cobertura: las Fuerzas Armadas en todos los países excepto Costa Rica y Panamá (Bolivia en pensiones), funcionarios públicos en muchos países, y otros grupos como petroleros, maestros, bancarios, etc.

II.3. Las reformas estructurales de pensiones

Introducidas entre 1981 y 2003, estas reformas han afectado negativamente a la cobertura; sustituyeron los sistemas «públicos» de pensiones de seguridad social por sistemas total o parcialmente «privados» en diez países: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, México, Perú, República Dominicana y Uruguay (los

restantes diez países mantienen sistemas públicos)³. Las reformas resultaron en una caída de la cobertura de la fuerza laboral debido a que dichos sistemas fueron esencialmente diseñados para trabajadores formales con alta densidad de contribución y virtualmente dejaron fuera a los sectores informal y rural no asalariado. Sin embargo, en los últimos tres años, dichas reformas fueron anuladas en Nicaragua, declaradas parcialmente inconstitucionales en Ecuador y pospuesta su implementación plena en República Dominicana. Chile, el primer país en privatizar sus pensiones, ha sometido un proyecto de ley al Parlamento para modificar su sistema con el objeto de extender la cobertura y reforzar la solidaridad. La segmentación del sistema de salud (típicamente en sectores público, de seguro social y privado) resulta en duplicación y vacíos, haciendo más difícil la extensión de la cobertura. Las reformas de salud extendieron la cobertura legal en cinco países iberoamericanos pero la cobertura efectiva disminuyó o se estancó en nueve de ellos.

III. ESTIMADOS DE COBERTURA DE LA FUERZA LABORAL, LA POBLACIÓN TOTAL Y LA DE TERCERA EDAD

III.1. *Fuerza laboral en pensiones*

La cobertura de la fuerza laboral por las pensiones de seguridad social en la región promedió 31% en 2004, o sea, el 69% carecía de cobertura. Entre los contribuyentes, 66% estaban en sistemas públicos y 34% en sistemas privados, pero los 20 países se dividen igualmente entre los dos sistemas. La separación entre ambos es compleja porque los privados descansan en el Estado para varias cuestiones importantes: son obligatorios en vez de voluntarios, y el gobierno financia prestaciones importantes como pensiones mínimas, el valor de las contribuciones transferidas del sistema público al privado (bono de reconocimiento) y el pago de las pensiones del sistema público cerrado hasta que desaparecen todos los que tienen derecho a ellas.

La Tabla I (primeras dos columnas del segmento superior) compara la cobertura de la fuerza laboral por pensiones en los diez sistemas privados, antes de la reforma estructural y en 2004, basada en contribuyentes activos; este es el método más confiable, pero no es perfecto⁴. La cobertura cayó en todos los países y su promedio

3. Los sistemas privados se caracterizan por contribución definida, capitalización plena en cuentas individuales y administración privada. En cinco países, el sistema privado sustituyó totalmente al sistema público (Bolivia, Chile, El Salvador, México y Perú); en tres hay un modelo mixto que combina un pilar básico público con un pilar complementario privado (Argentina, Costa Rica y Uruguay), y dos tienen un sistema privado y otro público compitiendo entre ellos (Colombia y Perú). Los sistemas públicos se caracterizan por prestación definida, financiamiento por reparto o capitalización parcial colectiva y administración por el seguro social o el Estado; varios de ellos han introducido reformas no estructurales o «paramétricas» (ver C. MESA-LAGO, 2004, 2008a).

4. La cobertura de la fuerza laboral basada en afiliados, al menos con una contribución aportada desde que se registraron en el sistema privado, promedió 63% en 2006, comparada con 26%

ponderado descendió de 38% a 26% (última línea). Las comparaciones de cobertura entre los sistemas privados y públicos no son precisas, debido a los diferentes períodos usados para definir la condición de contribuyente activo. La segunda columna de la Tabla I (última línea de los segmentos superior e inferior) indica que el promedio ponderado de cobertura en los ocho sistemas públicos (Cuba y Haití no publican estadísticas) fue 39% en 2004, mayor que el promedio de 26% en los diez sistemas

TABLA I. COBERTURA DE LA FUERZA DE TRABAJO
POR SISTEMAS DE PENSIONES PRIVADOS Y PÚBLICOS,
BASADA EN CONTRIBUYENTES ACTIVOS (EN PORCENTAJES DE LA FUERZA DE TRABAJO)

Sistemas privados	Cobertura ^a (%) antes de la reforma estructural	Cobertura ^a (%) 2004	Cobertura (%) ^b 2000-2003 encuestas
Argentina	50	24,3	34,6
Bolivia	12	10,5	9,9
Colombia	32	22,2	n.d.
Costa Rica	48	46,6	50,1
Chile	64	57,3	58,2
El Salvador	26	20,1	29,7
México	37	28,0	38,5
Perú	28	14,8	18,9
República Dominicana	30	14,2	n.d.
Uruguay	73	58,8	55,3
Promedio ^c	38	26,3	35,8
Sistemas públicos ^d	No aplicable, porque no hay reforma estructural	Cobertura ^a (%) 2004	Cobertura (%) 2000-2003 encuestas
Brasil		45,2	45,1
Ecuador		19,4	21,9
Guatemala		20,2	19,6
Honduras		18,9	n.d.
Nicaragua		16,4	18,7
Panamá		53,4	n.d.
Paraguay		8,5	13,9
Venezuela		20,5	35,1
Promedio ^c		39,0	41,0

^a En sistemas privados: fuerza de trabajo cubierta por el sistema público antes de la reforma estructural y conjuntamente por los sistemas privado y público en 2004; en sistemas públicos: fuerza de trabajo cubierta en 2004 (excepto Brasil en 2003, Honduras en 2001 y Paraguay en 2000); excluye asegurados en esquemas separados: las Fuerzas Armadas en todos los países, funcionarios públicos en algunos países, y otros grupos pequeños. ^b Contribuyentes en todos los sistemas, programas y esquemas como porcentaje de la fuerza de trabajo, basado en encuestas de hogares. ^c Ponderada: columnas 2 y 3 en base al número total de contribuyentes y la fuerza de trabajo total (2004 para todos los sistemas privados y entre 2000 y 2004 para los sistemas públicos); la última columna ponderada por la fuerza de trabajo en 2000. Se excluye a Cuba y Haití porque no publican estadísticas de cobertura.

Fuente: MESA-LAGO, 2008^a (primeras dos columnas); ROFMAN, 2005 (tercera columna, excepto Costa Rica, elaborado por el autor).

basada en los afiliados que contribuyeron en el último mes; las respectivas cifras de Chile fueron 113% y 58%, demostrando la sobrestimación del primer método de cálculo (AIOS, 2007). La brecha entre los dos estimados resulta de los afiliados que están desempleados, abandonan la fuerza laboral o se cambian del sector formal al informal.

privados⁵. Las series históricas normalizadas basadas en contribuyentes activos en Chile, el país con la reforma estructural más antigua, demuestran que la cobertura declinó entre 1973-1975 (antes de la reforma) y 2000 (Mesa-Lago, 2008a).

La mayoría de los sistemas públicos carecen de series históricas normalizadas (como en los privados) que permitan detectar tendencias en la cobertura. Los estimados de cobertura basados en encuestas de hogares tomadas en 14 países entre 2000 y 2003 (Tabla I, última columna) tienen la ventaja, sobre los cálculos anteriores, de que incluyen a los asegurados en esquemas separados (Fuerzas Armadas y otros), pero dejan fuera a cuatro países; en todo caso dichas cifras confirman que el promedio ponderado de cobertura en los sistemas públicos (41%) fue mayor que el de los sistemas privados (36%). Independientemente de si el sistema es público o privado, mientras más antiguo es el sistema y mayor el sector laboral formal, más alta es la cobertura y viceversa: los países pioneros tienen la más alta y los seis países tardíos (así como los tres intermedios menos desarrollados), con el mayor sector informal, poseen la cobertura menor (8-20%). Según las encuestas de hogares, en ocho de 13 países la cobertura de las mujeres en pensiones era inferior a la del hombre, en cuatro era igual y en dos mayor⁶ (Rofman, 2005).

III.2. Población total en salud

La mayoría de los países iberoamericanos tiene tres sectores de salud: (a) público, que legalmente debe proteger a la población no asegurada (la cual constituye la mayoría en doce países) pero que en la práctica rara vez cumple el mandato legal, y es muy difícil calcular la población que tiene acceso efectivo a él; (b) seguro social de enfermedad-maternidad, que cubre al 41% de la población total, fluctuando entre 8% y 88%, y que es el principal proveedor en ocho países; y (c) privado, con y sin ánimo de lucro, que cubre al 11,5% de la población, oscilando entre 1% y 25%, o sea, la minoría. Las reformas de salud implantadas en la gran mayoría de los países, pero con distinto alcance y profundidad, no expandieron la cobertura legal de los sectores informal y rural por el seguro social, excepto Colombia, que extendió la cobertura obligatoria a los trabajadores por cuenta propia (aunque no implementada), la familia dependiente del asegurado y los pobres, la mayoría de los cuales no estaba previamente cubierta. La ley de reforma en la República Dominicana estipula una extensión de la cobertura legal pero sólo uno de sus tres regímenes estaba en operación –y lo hacía con limitada cobertura– a comienzos de 2007.

5. Sustrayendo a Brasil, que tiene el grueso de los asegurados, el promedio ponderado de los sistemas públicos era 20%, menor que el promedio de 26% en los sistemas privados.

6. En Uruguay las mujeres sobrepasaban a los hombres en 1,5 puntos porcentuales, pero en Costa Rica en 7 puntos, resultado de su cobertura indirecta como esposa dependiente del asegurado hombre; sin embargo, las mujeres tenían sólo 24% de seguro directo comparadas con 52% los hombres.

TABLA II. COBERTURA POR EL SEGURO SOCIAL DE SALUD DE LA POBLACIÓN TOTAL
Y LA FUERZA DE TRABAJO EN AMÉRICA LATINA, ENTRE 1984 Y 2004 (EN PORCENTAJES)

Países ^a	Población total		Fuerza de trabajo	
	Años	Cobertura	Años	Cobertura
Argentina	1991	57,6	1997	63,9
	2001	54,4	2001	56,2
Bolivia	1997	25,8	1997	17,4
			2002	15,2
Colombia	1993	23,7		
	2002	53,3	n.d.	n.d.
Costa Rica	1994	86,2		
	2003	86,8	n.d.	n.d.
Chile	1984	83,4	1996	86,2
	2003	72,1	2000	87,3
Ecuador	1994	18,0	1994	23,1
	2004	16,5	1998	33,2
El Salvador	2001	15,8	n.d.	n.d.
Guatemala	1995	16,6		
	2000	16,6	2000	26,0
Honduras	2000	11,7	n.d.	n.d.
México	1985	41,8	n.d.	n.d.
	2002	45,3		
Nicaragua	1990	18,3	1998	14,8
	2001	7,9	2001	16,6
Panamá	1996	61,1	n.d.	
	2004	64,6		n.d.
Paraguay	1999	12,4	n.d.	
	2001	12,4		n.d.
Perú				
	2002	26,0	1994	28,4
República Dominicana			2000	24,2
	2000	7,0	n.d.	n.d.
Uruguay	1987	15,8 ^c		
	2000	15,9 ^c	n.d.	n.d.
Venezuela	2000	38,4		
	2004	38,3	n.d.	n.d.
Promedio regional ^b	2000-04	41,0	n.d.	n.d.

^a Brasil y Cuba no tienen seguro social sino un sistema público de salud; un estimado grueso en Haití es 0,5% en 1999. ^b Ponderado por la población de los países (estimados del autor). ^c Incluye seguro social de maternidad y aseguramiento colectivo de enfermedad por mutuales.

Fuente: Primeras dos columnas de MESA-LAGO, 2007, 2008a (para la confiabilidad de las cifras en cada país ver MESA-LAGO, 2006); dos últimas columnas de OIT, 2003.

La Tabla II (primeras dos columnas) estima el porcentaje de la población total cubierta por el principal programa de seguro social de enfermedad-maternidad en 17 países; se excluye a Brasil y Cuba, que tienen sistemas públicos, así como a Haití por falta de cifras; además se muestran esquemas separados para las Fuerzas Armadas, los funcionarios públicos y otros grupos. Se muestra, en 12 países, la cobertura antes de la reforma y en el año más reciente disponible (2000-2004). Los estimados se basan en estadísticas de instituciones y algunas encuestas de hogares, pero su confiabilidad

es limitada debido a diversos problemas que no pueden discutirse aquí. La comparación de la cobertura antes y después de la reforma es difícil de realizar, en parte porque sólo un año está disponible en cinco países y no siempre la primera observación corresponde con el año anterior a la reforma; asimismo aparecen otros problemas. Estimados gruesos anteriores de la población total cubierta por el seguro social en la región (ponderada por la población en cada país) mostraban que aumentó de 43 % en 1980 a 52 % en 1990, antes de todas las reformas excepto en Chile (ver Mesa-Lago, 2006, 2008a).

La Tabla II (segunda columna, última línea) evidencia que dicha cobertura decreció a 41 % en 2000-2004. Estas cifras excluyen a Brasil, que concentra casi la mitad de la población protegida en Iberoamérica⁷. En los doce países en que la comparación es factible, la cobertura entre los dos años de observación se estancó en cinco países, cayó en cuatro y sólo aumentó en tres. Los países con la cobertura superior en 2000-2004 (53 % a 87 %) eran tres pioneros (Argentina, Chile y Costa Rica), así como dos intermedios (Colombia y Panamá). La cobertura de Uruguay, tan baja, se explica porque está limitada a la rama de maternidad y parte de la rama de enfermedad, mientras que la mayoría de la población está cubierta por mutuales y seguros privados de varios tipos. La cobertura en los intermedios México y Venezuela es de 45 % y 38 % respectivamente. En el resto de los países, los menos desarrollados intermedios y todos los tardíos, la cobertura fluctúa entre 7 % y 26 %: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.

Las dos últimas columnas de la Tabla II, basadas en encuestas de hogares tomadas en siete países en 2000-2002, muestran la cobertura de la fuerza laboral por el seguro social en salud: 87 % en Uruguay y 56 % en Argentina (pioneros); 15 % a 33 % en Bolivia, Ecuador y Perú (intermedios); 26 % en Guatemala y 16 % en Nicaragua (tardíos). Los cambios de cobertura entre dos años en seis países no son concluyentes respecto al impacto de las reformas en la cobertura: descenso en tres (Argentina, Bolivia y Perú) y aumento en tres (Chile, Ecuador y Nicaragua).

III.3. Población de tercera edad en pensiones

Encuestas de hogares tomadas en 17 países en 2000-2005 indican que la cobertura en pensiones de la población de tercera edad (65 y más años) era: 62-87 % en cinco de los seis países pioneros (excepto Cuba, donde no se tomó la encuesta); 15-24 % en los intermedios (Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela), excepto Panamá, con 45 %; y 5-20 % en los tres países intermedios menos desarrollados (Bolivia, Ecuador y Perú) y en cinco países tardíos (El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana; no se tomaron encuestas en Haití y Honduras). La cobertura de las mujeres era considerablemente inferior a la de los hombres de la misma edad

7. Si los protegidos por Brasil son incluidos en el estimado regional, la cobertura aumentaría de 61 % en 1980 a 64 % en 1990 y caería a 53 % en 2000-2004.

en todos los países excepto en Uruguay, donde las mujeres sobrepasaban ligeramente a los hombres. La brecha de género en la cobertura de pensiones era de tres veces (hombres respecto a mujeres) en la República Dominicana y dos veces en El Salvador y Perú, pero era menor en los países pioneros y en Panamá (Rofman, 2005).

El impacto de las reformas estructurales en la cobertura de los ancianos es difícil de medir debido a la falta de series estadísticas históricas, pero información parcial de tres países exhibe un descenso: la de Chile aumentó ligeramente entre 1992 y 2000 gracias a la expansión de las pensiones de asistencia social que compensaron una caída en el porcentaje amparado por pensiones contributivas, pero la cobertura total por ambas en 2003 estaba por debajo del nivel de 1992; la de Argentina cayó a un promedio anual de casi un punto porcentual entre 1994 y 1999 y se proyecta que continuará su declive al mismo ritmo entre 2000 y 2030; y la de Uruguay disminuyó entre 1995 y 2002. El demostrado declive en el porcentaje de la fuerza laboral (activa) en la mayoría de los países está provocando un deterioro en la protección de la población de la tercera edad, cuya cohorte de la población total está creciendo rápidamente en la región. Los pensionistas de seguridad social tienen derecho en todos los países (excepto Haití) a la cobertura en salud, pero en Nicaragua sólo reciben un paquete reducido de prestaciones, considerablemente inferior al otorgado a los asegurados activos (Bertranou, 2006; Mesa-Lago, 2007, 2008a, 2008b).

IV. CONCLUSIONES

Utilizando estadísticas y encuestas se estimó, en base a contribuyentes activos, que un 69% de la fuerza laboral regional carece de seguro social de pensiones, pero los no asegurados aumentan a 80-90% en los nueve países menos desarrollados (seis tardíos y tres intermedios). Por otra parte, 59% de la población total carece de seguro social de salud, 48% si se incluye a los cubiertos por seguros privados y 36% si se añade el acceso incierto a los servicios públicos. La población sin cobertura de seguro social de salud aumenta a 75-93% en los nueve países menos desarrollados. El rango de cobertura de la población de tercera edad cae de 62-87% en los países pioneros a 5-20% en los menos desarrollados. Sólo los seis países pioneros tienen pensiones de asistencia social para los pobres (el programa de Bolivia no pertenece técnicamente a esta categoría). Las mujeres trabajadoras tienen una cobertura inferior a la de los hombres en la mayoría de los países, y las mujeres ancianas muchísimo menor en todos los países excepto uno.

Los países más desarrollados, que son también los pioneros, tienen, proporcionalmente, los menores sectores informal y rural, así como la menor incidencia de pobreza; proveen pensiones de asistencia social y exhiben la cobertura más alta (con la menor brecha entre hombres y mujeres). Por el contrario, los países menos desarrollados son los que introdujeron sus sistemas más tarde, tienen los mayores sectores informal y rural, así como la mayor incidencia de pobreza, carecen de pensiones de asistencia social y poseen la menor cobertura (con la mayor brecha entre hombres y mujeres). Las áreas geográficas mejor cubiertas son las más urbanizadas y desarrolladas, mientras que las

peor cubiertas son las más rurales y menos desarrolladas, en donde generalmente se concentra la población indígena.

El promedio de cobertura de pensiones de seguro social en los diez países con sistemas privados cayó de 38% antes de las reformas estructurales a 26% en 2004; los diez sistemas públicos no han tenido reformas estructurales (aunque algunos sí tuvieron reformas paramétricas) y, desafortunadamente, no hay series históricas para estimar la tendencia en la cobertura. La comparación del impacto de las reformas en la cobertura del seguro social de salud es mucho más difícil que en pensiones, pero el promedio regional cayó de 52% en 1990 (antes de todas las reformas excepto la chilena) a 41% en 2000-2004; la comparación en doce países entre la cobertura antes de las reformas y el año más reciente indica que se estancó o disminuyó en nueve y sólo ascendió en tres. La cobertura de los ancianos en pensiones disminuyó en los tres países que tienen estadísticas.

La caída de la cobertura de pensiones y de salud en la mayoría de los países se debe a factores externos (transformación de la fuerza laboral y flexibilización de la contratación laboral), así como al sistema mismo de seguridad social, que no se ha adaptado a dicha transformación. Aunque pudiese revertirse la flexibilización mediante regulaciones más estrictas, es difícil en el panorama actual que ocurra una reducción significativa del sector informal no cubierto. Aquellos que sostienen (imitando la teoría neoliberal del goteo) que el mercado y el desarrollo resolverán el problema de la cobertura de la seguridad social sólo lograrán perpetuarlo y agravarlo.

El primer libro del autor sobre seguridad social en la región, publicado 30 años atrás, en vísperas de la crisis de la década de 1980, fue dedicado a «los millones de trabajadores y campesinos en América Latina que sufren de falta de cobertura o pobre protección contra los riesgos sociales» (Mesa-Lago, 1978: VII). El último libro, actualmente en prensa, repite la misma dedicatoria (Mesa-Lago, 2008: V).

V. POLÍTICAS PARA EXTENDER LA COBERTURA

La OIT y la Asociación Internacional de la Seguridad Social han dado prioridad a la extensión de la cobertura, y algunos organismos financieros internacionales recientemente se han unido a esa orientación. Por ejemplo, un estudio del Banco Mundial en 2005 concluyó que las reformas estructurales de pensiones en América Latina en los últimos diez años pusieron un énfasis excesivo en la capitalización privada (cuentas individuales) y desatendieron el pilar público de prevención de la pobreza, por lo cual recomiendan una reversión de las anteriores prioridades a favor de pensiones públicas asistenciales focalizadas en los pobres. Ramas regionales de las Naciones Unidas, como la CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud, así como el Banco Interamericano de Desarrollo, también dan prioridad a la extensión de la cobertura tanto en pensiones como en salud (Mesa-Lago, 2008a, 2008b).

Sin embargo, a pesar de dicho consenso, no existe un frente unido común entre los organismos internacionales para enfrentar el grave y creciente problema de cobertura

en la región, particularmente en los países menos desarrollados, debido a los enfoques divergentes de dichos organismos sobre las políticas adecuadas. No obstante, en otros trabajos el autor ha identificado puntos de coincidencia en los programas de pensiones y salud en que los organismos internacionales comparten enfoques y políticas comunes, y espera que esto sea la base para una fructífera cooperación futura. Pero el esfuerzo mayor debe ser hecho por los países mismos, basado en políticas exitosas practicadas para extender la cobertura en la región y el cuerpo substancial del trabajo técnico disponible. A continuación se resumen algunas de las políticas principales sugeridas, aunque con diversa aplicabilidad en los 20 países:

a) La seguridad social, de manera proactiva, debe adaptarse a la transformación de la fuerza laboral, expandiendo la cobertura a los trabajadores informales y rurales, así como a los campesinos; además debe proteger a los ancianos y a los pobres y eliminar o reducir la discriminación en la cobertura a las mujeres.

b) La afiliación del sector informal debe ser más flexible, por ejemplo, permitiéndoles escoger un solo programa en vez de obligarlos a incorporarse a todos simultáneamente; facilitándoles pagos en períodos más cortos o largos que el convencional de un mes (semanales, trimestrales) y a través de diversos canales (bancos, puestos de correo); usando sindicatos, cooperativas y asociaciones de estos trabajadores como agencias intermediarias para su afiliación y quizás para el cobro de contribuciones.

c) Los países con afiliación legal obligatoria de dichos grupos (Argentina, Brasil, Costa Rica y Uruguay) tienen mayor cobertura efectiva que aquellos con afiliación voluntaria, pero el mandato legal por sí mismo es insuficiente. Los trabajadores por cuenta propia con bajo ingreso deberían pagar el mismo porcentaje asignado a los trabajadores asalariados, combinado con subsidios fiscales en lugar de la contribución patronal (como en Costa Rica).

d) Los regímenes especiales para trabajadores rurales y campesinos han logrado coberturas más altas que aquellos con afiliación parcial o voluntaria, aunque con diversos resultados, mostrando que es vital el compromiso de los gobiernos y su apoyo financiero (como en Brasil, con mejor récord que Ecuador y México).

e) Las pensiones asistenciales focalizadas en los pobres (con prueba de ingreso) han reducido de manera significativa la pobreza a un costo relativamente bajo; pero las pensiones universales uniformes son mucho más caras y regresivas, y por tanto inadecuadas para los países de bajo desarrollo.

f) La discriminación de la cobertura de pensiones en las mujeres debe enfrentarse con medidas dirigidas a sus dos causas: en cuanto al mercado laboral, promoviendo el empleo asalariado de la mujer, y en cuanto al sistema mismo, extendiendo la cobertura a las ocupaciones informales donde se concentran las mujeres.

g) La integración –o al menos una alta coordinación– de sistemas de salud segmentados es necesaria para extender la protección; medios alternativos para alcanzar esa meta son el seguro unificado de Costa Rica, el sistema público unificado de Cuba y el actual sistema de Chile, que coordina un sector de seguridad social (mayoritario)

con un sector privado (bien regulado para evitar abusos). El sistema público de salud brasileño podría ser también un modelo si lograra una mejor coordinación que la existente.

h) Un paquete garantizado de prestaciones mínimas de salud debe hacerse obligatorio en todos los sectores (público, seguro social y privado) para toda la población, independientemente de su ingreso, edad, riesgo y género.

i) La cobertura legal integral del seguro social de salud debe legalmente extenderse al cónyuge, estudiar programas especiales de incorporación de las amas de casa, prohibir la exclusión o el aumento de primas a la mujer en edad fértil por las proveedoras privadas (como se ha hecho en Chile) y eximir a los pobres de las cuotas de uso en los servicios públicos sanitarios.

j) La cobertura de los pueblos indígenas debe recibir prioridad, focalizando las áreas geográficas donde ellos viven y asignándoles los fondos fiscales necesarios.

k) Los subsidios fiscales otorgados a los programas de pensiones y salud para grupos separados de la fuerza laboral con ingreso suficiente para autofinanciar su cobertura son regresivos, deberían eliminarse y los recursos ahorrados utilizarse para extender la cobertura a los grupos vulnerables.

l) Hay una necesidad crucial de compilar estadísticas normalizadas y confiables sobre cobertura en todos los países, con datos relativos a las características socioeconómico-financieras de los excluidos, con el fin de diseñar políticas adecuadas de incorporación y calcular los costos involucrados.

Es la esperanza del autor que la cobertura de seguridad social sea extendida en la próxima década a través de un esfuerzo combinado de todos los organismos internacionales involucrados en este campo y de los países iberoamericanos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE ORGANISMOS DE SUPERVISIÓN DE FONDOS DE PENSIONES (AIOS). *Boletín Estadístico AIOS*, 2007.
- BERTRANOU, Fabio. Envejecimiento de la población y los sistemas de protección social en América Latina. En BERTRANOU, Fabio (comp.). *Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina*. Santiago de Chile: OIT, 2006.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Panorama social de América Latina y el Caribe 2005*. Santiago de Chile: CEPAL, 2005.
- MESA-LAGO, Carmelo. *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978.
- MESA-LAGO, Carmelo. *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la Seguridad Social*. Serie Documentos de Trabajo sobre Financiamiento del Desarrollo CEPAL, n.º 144, 2004.
- MESA-LAGO, Carmelo. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la Seguridad Social*. Documentos de Proyectos CEPAL/GTZ, 2006.

- MESA-LAGO, Carmelo. La extensión del seguro y la protección de salud en relación al mercado laboral: problemas y políticas en América Latina. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 2007, 60 (1): 3-31.
- MESA-LAGO, Carmelo. *Reassembling Social Security: A Survey of Pension and Healthcare Reforms in Latin America*. Oxford: Oxford University Press, 2008a.
- MESA-LAGO, Carmelo. Social insurance (pensions and health), labour markets and coverage in Latin America. En HUTJO, Katja (comp.). *Financing Social Policy*. Génova y Basingstoke: UNRISD y Palgrave MacMillan, 2008b.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). *Panorama Laboral 2003*. Lima: Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2003.
- ROFMAN, Rafael. *Social Security Coverage in Latin America*. Social Protection Discussion Paper Series Banco Mundial, n.º 0523, 2005.